

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 39

DU

Curage Méthodique de l'Aisselle

dans le Cancer du Sein

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LEGENDRE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Saint-Étienne (Loire), le 24 Août 1874



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

—
1899

DU

Curage Méthodique de l'Aisselle

dans le Cancer du Sein

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 39

DU

Curage Méthodique de l'Aisselle

dans le Cancer du Sein

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis LEGENDRE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Saint-Étienne (Loire), le 24 Août 1874



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; MEANGOLPHE , Assesseur ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND , Agrégés.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les
Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR OLLIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre correspondant de l'Institut

A M. LE DOCTEUR GANGOLPHE

Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu
Professeur-Agrégé à la Faculté



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

L'amputation du sein cancéreux non suivie de l'ablation des ganglions malades de l'aisselle a été, même à une époque relativement ancienne, regardée comme une opération incomplète. Mais si tous les chirurgiens sont d'accord pour faire la toilette du creux axillaire, il n'en est plus de même dès qu'il s'agit de fixer ce qui doit être enlevé et la méthode suivant laquelle l'opération doit être conduite.

Nous n'avons certes pas la prétention de dire le dernier mot sur cette question encore en suspens dont les auteurs les plus éminents n'ont pas dédaigné de s'occuper ; pourtant, pendant notre stage hospitalier dans le service de M. le Dr Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, nous avons été frappé de la façon méthodique avec laquelle il procédait au curage de l'aisselle. Nous eûmes alors l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale et M. Gangolphe eut l'extrême bienveillance, dont nous le remercions bien vivement, de joindre aux travaux que nous avons faits personnellement de nombreux conseils et les observations qu'il possédait sur cette question.

Ce curage, en effet, nous a vivement séduit à cause de la méthode avec laquelle il est conduit. Jusqu'ici rien de complet n'avait été fait sur ce sujet. Pourtant, beaucoup d'auteurs s'en sont occupés, sont également forts nombreux les articles écrits soit sur l'indication, soit sur l'extirpation proprement dite des ganglions, soit même sur le pansement consécutif, mais on ne trouve dans aucun ouvrage la critique de tous ces temps opératoires suivie d'un choix rationnel fait parmi eux formant un tout, un procédé, en un mot, clair, facile et donnant des résultats satisfaisants.

Nous avons voulu essayer de combler cette lacune. Après une étude critique rapide des procédés antérieurement employés et quelques indications anatomiques indispensables, nous donnerons l'exposé du procédé de notre maître, mais auparavant il nous a semblé utile de rechercher le but que se sont proposé d'atteindre les chirurgiens : c'est ce qui fera l'objet de notre premier chapitre.

Avant d'aborder ce travail, nous remplissons un agréable devoir, en adressant à M. le professeur agrégé Gangolphe l'expression de notre profonde reconnaissance, pour l'intérêt si vif qu'il nous a toujours témoigné au cours de nos études médicales.

Monsieur le professeur Ollier a bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse, nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de nos respectueux remerciements.

Avant de quitter l'Ecole du Service de Santé militaire, que nos chefs reçoivent ici l'assurance de notre respect.

CHAPITRE PREMIER

En 1741, Sharps, dans son *Traité des opérations de chirurgie*, écrivait : « Si le skirre de la mamelle est accompagné de glandes dures dans l'aisselle, l'amputation du sein ne servira de rien, à moins qu'on emporte aussi ces glandes. » Ces glandes dures sont des ganglions tuméfiés, quand aux ganglions simplement infiltrés non accessibles au palper et perdus dans la graisse, il est bien clair qu'ils sont oubliés par l'opérateur.

Dionis s'exprime de même et se sert du terme ganglions engorgés, ce qui revient au même. Louis (1), en 1789, est plus circonspect : « S'il restait quelques pelotons graisseux infiltrés à la circonférence de la plaie, dit-il, il faudrait les extirper. » Que veut dire exactement l'expression « pelotons graisseux » ? L'auteur a-t-il voulu mettre ses imitateurs en garde contre les récurrences locales dues à trop de parcimonie dans l'excision ? Ou bien a-t-il voulu tout simplement parler des ganglions ? C'est ce que nous ne sommes pas en mesure de dire, étant donné le peu de développement qui suit

(1) LOUIS. — *Dictionnaire de chirurgie* — 1790.

cette affirmation. Ce sont les glandes durcies que Chopart et Desault conseillent d'enlever. De même Richerand. Le baron Boyer enlève les ganglions un à un avec précaution, palpant dans le creux de l'aisselle et ramenant « toutes les glandes dures avec le doigt. »

Tous ces auteurs enlèvent ce qu'ils peuvent et ne parlant pas de ce qu'ils laissent, ils n'en donnent naturellement pas la raison.

De nos jours certains chirurgiens laissent systématiquement dans l'aisselle les ganglions, dans tous les cas où ils ne paraissent pas cliniquement envahis. Térillon (1) écrivait, il y a peu de temps : « Mon opinion est bien nette, on ne doit enlever les ganglions de l'aisselle que si ces organes sont manifestement altérés. » Butlin (2) n'était pas moins précis en disant : « Quant aux ganglions, il faut les enlever si on les sent, mais on ne doit pas ouvrir l'aisselle en vertu d'idées théoriques. » C'était tout simplement pour laisser les ganglions paraissant sains jouer leur rôle physiologique de défense.

Tillaux (3) s'élève également contre cette tendance à fouiller l'aisselle dans tous les cas de cancer du sein, car l'opération, dit-il, est plus grave quand elle se complique d'une exploration longue, souvent pénible dans le creux axillaire ; et il pose cette formule très précise qui prend l'apparence d'une loi : « Si les ganglions ne sont pas perceptibles n'ouvrez pas l'aisselle. »

(1) TERILLON. — *Bull. gén. de therap.*, — 15 mai 1891.

(2) BUTLIN. — *On the operative surgery of malignant diseases.* — London 1889,

(3) TILLAUX. — *Gazette des hôpitaux*, 1890 —, n° 90.

Eh bien, nous supprimons la première objection puisque le curage méthodique n'est un procédé *ni long ni pénible* : quant à la seconde nous pouvons constater combien elle est peu justifiée ; même chez un sujet sain, tout le monde est à même de vérifier que les ganglions axillaires passent rarement inaperçus.

Mais une seconde idée qui avait nettement conduit Begin (1838) Richard (1868) est soutenue de nos jours par de nombreux chirurgiens parmi lesquels on peut citer Gegenbauer, Bergmann qui font toujours l'ouverture et le curage de l'aisselle et qui dans l'immense majorité des cas sinon dans tous ont trouvé l'infiltration ganglionnaire, Küster (1) qui dans 43 cas où l'on ne sentait rien cliniquement a trouvé des ganglions malades, Richardson qui n'a jamais ouvert l'aisselle sans trouver de ganglions cancéreux, Heidenhain et Volkman préoccupés plus par les vaisseaux lymphatiques intermédiaires que par les ganglions qui pourraient passer inaperçus et les Roux, les Trélat, les Verneuil qui conseillent de faire l'opération aussi large que possible.

Devant ces deux opinions en présence Monod et Jayle (2) s'expriment ainsi : « Nous pensons que dans la très grande majorité des cas il faut éviter de se montrer trop parcimonieux de crainte de laisser échapper quelques petits ganglions déjà malades quoique non perceptibles sous la peau. Le curage méthodique de l'aisselle procure au contraire des guérisons défini-

(1) KUSTER. — *In Traité de chirurgie*, t. VI.

(2) MONOD et JAYLE. — *Cancer du sein*, 1894.

tives dans la proportion de 10 o/o et parfois davantage. » Cet heureux résultat tient à ce qu'un grand nombre de récidives étaient dues à des ganglions infectés abandonnés dans l'aisselle. Une toilette large supprime du coup toutes les récidives ganglionnaires et nous n'avons plus à craindre que des récidives cutanées, locales, sur cicatrice.

Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de donner beaucoup de développement sur ce sujet, nous tenons seulement à en donner un aperçu aussi rapide que possible et nous terminerons en donnant une preuve irréfutable donnée par Kœnig de la nécessité du curage de l'aisselle. Sur 26 cas analogues où cliniquement l'adénopathie axillaire paraissait nulle, il fait treize fois le curage et treize fois il le néglige. La première série d'opérés donne six guérisons durables, la seconde seulement trois. C'est une statistique et comme telle on pourrait peut-être lui trouver des défauts. En admettant, avec nous, qu'elle en soit exempte on pourrait toujours se demander si l'auteur n'a pas eu quelque idée préconçue et si les vingt-six cas étaient rigoureusement analogues. Nous pensons que les chiffres sont d'une éloquence suffisante, appuyés qu'ils sont d'ailleurs par la presque totalité des contemporains.

Alors Monod et Jayle proposent déjà un procédé opératoire large et presque excessif : nous y reviendrons, mais dès à présent nous voulons condamner l'évidement trop consciencieux comme celui qui conseille Winiwarter (1). Non seulement les ganglions, mais

(1) WINIWARTER. — (Traduit par Polis). *Traité de médecine opératoire*, 1898.

toute la graisse du creux axillaire enlevés, le premier résultat opératoire dans les six mois peut sembler parfait : la malade, en effet, a bénéficié d'un curage complet, c'est indiscutable ; mais à plus longue échéance l'opérée vient présenter un bras collé au tronc et dont elle ne peut plus faire aucun usage par suite de la rétraction cicatricielle et de la soudure des tissus musculaires du bras à ceux du thorax. L'aisselle n'a plus sa cavité comblée par le coussin de graisse qui remplit normalement les fonctions d'une bourse séreuse, la paroi antérieure n'existe plus ainsi que la paroi postérieure. Le résultat laisse donc beaucoup à désirer au point de vue fonctionnel. Certes, la conservation de la vie compense largement une certaine impotence du membre supérieur, mais quand cette impotence est complète, quand l'opérateur ne peut promettre à sa malade qu'une survie et non une guérison définitive, n'est-il pas dans l'obligation de chercher à améliorer encore sa pratique, à faire un curage complet, puisqu'il le faut, mais à respecter des tissus qui, on le voit, ont une énorme importance.

Cette démarcation entre les points malades et ceux qui ne le sont pas, ceux qu'on doit enlever et ceux qu'on doit respecter, étant le nœud de la question, les procédés ne manquent point. Nous allons les passer en revue, entrant dès maintenant dans le cœur de notre sujet.

CHAPITRE II

Nous allons étudier la technique des procédés qu'ont amenés les idées énoncées plus haut.

Et d'abord citons tout de suite une méthode curieuse qui n'a rien de chirurgical, mais qui, paraît-il, a pu rendre des services puisque Dennis, de New-York, n'a pas craint de la recommander : c'est celle de Stilis, assistant de Chiene d'Edimbourg. On extrait, il ne dit pas comment, mais sans doute comme on peut et comme on veut, le paquet ganglionnaire en une seule pièce et pour savoir si le bistouri a bien franchi les limites du mal, la pièce est lavée abondamment dans de l'eau ordinaire afin d'enlever toute trace de sang. On la plonge dans une solution d'acide azotique à 5 o/o, elle y reste dix minutes, on la soumet ensuite pendant cinq minutes à un fort courant d'eau, enfin on l'immerge pendant deux ou trois minutes dans l'alcool méthylique non dilué. Tout point cancéreux devient opaque, le tissu fibreux prenant l'aspect d'une masse homogène gélatineuse translucide. Le moindre noyau sur la surface de section est décelé.

Et si l'on a coupé aucun noyau? Si en déchirant le

tissu cellulo-grasieux on est passé entre ceux qu'on a enlevés et d'autres qu'on a pu laisser ? La valeur du procédé tombe d'un seul coup, à moins qu'on soumette la malade au traitement indiqué pour la pièce. Outre qu'on rencontrerait de sérieuses objections, nous pensons que M. Stilis n'a pas songé un instant à en arriver jusque-là. C'est d'ailleurs le seul essai fait dans ce genre, passons à d'autres méthodes.

Elles sont très nombreuses aussi nous ne nous attarderons pas longtemps sur celle de Verduc (1), de Houppeville (2), Vacher (3), Sharp (4), Ledran (5), Lecat (6), qui se servent de couteaux de bois aiguisés, d'acide sulfurique, de fil ciré, etc., et comptent sur la suppuration pour « fondre les glandes de l'aisselle » qu'ils provoqueraient si tout ce matériel ne la produisait pas abondamment.

Ils n'enlèvent que les ganglions superficiels et avouent leur impuissance quand il y en a de profonds ; ils prévoient l'hémorragie qui les fait hésiter à pousser trop loin leur exploration et conseillent pour l'arrêter la ligature sans dénudation des vaisseaux.

Dionis (7) esquisse un procédé en plusieurs temps : « On ferait, dit-il, sur les glandes, une incision en longueur qu'on terminerait vers le sein, on les tirerait avec

(1) VERDUC. — *Opérations de chirurgie* (1701).

(2) DE HOUPPEVILLE. — *Guérison du cancer du sein* (1693).

(3) VACHER. — *Sur l'amputation de la mamelle* (1740).

(4) SHARP. — *Opérations de chirurgie* (1741).

(5) LEDRAN. — *Traité des opérations de chirurgie* (1743).

(6) LEGAT. — *Sur l'amputation du cancer des mamelles* (1753).

(7) DIONIS. — *Cours d'opérations de chirurgie* (177).

le doigt ou avec une errinè ou avec un fil passé au travers et on les disséquerait avec le bistouri, dont on tournerait le dos du côté des vaisseaux de peur de les ouvrir. » Nous allons voir que le bistouri et même tout instrument tranchant vont être écartés de l'aiselle. Richerand (1) s'exprime d'ailleurs ainsi : « Cette extirpation n'est pas sans danger à raison du voisinage de l'artère et la difficulté de lier les vaisseaux qui se rendent au pédicule de la glande malade, aussi quelques praticiens y emploient-ils plutôt leurs ongles que le bistouri et opèrent-ils une vérirable éradication. »

Et nous voyons qu'il pense à lier les vaisseaux qui se rendent au hile des ganglions, seulement, il n'en voit pas la possibilité, parce que ses connaissances anatomiques lui font défaut sur ce point.

Plus loin : « Si la glande qu'il s'agit d'extirper tient par un pédicule dans lequel on soupçonne une artère d'un certain calibre, il est prudent de lier le pédicule avant de séparer le corps glanduleux », c'est ce qu'avait dit Chopart (2) ; mais, on peut voir, combien nous sommes loin des termes précis qu'exige la description d'une opération.

Le baron Boyer (3) ne fait guère faire un grand pas à la question, il soulève successivement les glandes tuméfiées avec le doigt, la pince ou l'érigne, les dissèque et lie la base de celles qui sont adhérentes aux vaisseaux axillaires et thoraciques.

(1) RICHERAND. — *Nosographie chirurgicale* (1812).

(2) CHOPART ET DEPSAULT. — *Cours d'opérations de chirurgie*, An IV.

(3) BOYER (le baron), — *Traité des Maladies chirurgicales*, t. V, (1846).

La chirurgie est encore bien en enfance, puisque la femme pour subir l'opération est placée jusqu'alors dans la position assise et que le chirurgien, placé au devant d'elle, n'avait d'accès dans l'aisselle que par la paroi antérieure et ne profitait que du jour que pouvait lui donner le bord inférieur du grand pectoral soulevé par un aide. C'est en 1838, que Begin (1), place le premier sa malade dans le décubitus dorsal, le bras relevé sur la tête, ce qui permettait une voie large et d'accès facile. On peut dire de lui, qu'il eut plus de bonne volonté que de résultat : partisan de l'extirpation de tous les ganglions, même de ceux qu'on ne sentait point à travers la peau, il arrive souvent à un résultat incomplet, parce qu'il se fie à ses doigts plongés dans la plaie opératoire pour reconnaître les ganglions et les amener au dehors.

Velpeau (2) parle un peu de la topographie de l'aisselle : « C'est à peu près constamment sur la surface externe du grand dentelé qu'on trouve les glandes axillaires, » dit-il, et il se range à l'avis de Begin, sur la position à donner au bras par rapport au tronc. Revenant ailleurs (3) sur le même sujet, il donne deux incisions de la peau sans dire toutefois laquelle il préfère. Ou bien il allonge du côté de l'aisselle la plaie opératoire du sein, ce que, sans doute, faisaient ses prédécesseurs qui laissaient ce temps sous silence, ou bien il faisait une incision indépendante. Nous verrons

(1) BEGIN. — *Cours de Médecine opératoire* (1838).

(2) VELPEAU. — *Traité de Médecine opératoire* (1839).

(3) IDEM. — *Traité des Maladies du sein* (1854).

que de nombreux auteurs se sont élevés, avec de justes raisons, contre cette seconde manière de faire. Heidenhain (1), Kirmisson (2), accusent le pont de peau de recouvrir les lymphatiques qui se rendent du sein à l'aisselle et qui, étant donnée l'affection des ganglions axillaires, *a priori*, sont gorgés de suc cancéreux.

D'ailleurs, avant eux, Richard (3) disait : « Toute la profondeur des tissus entre la mamelle et la tumeur de l'aisselle doit être retranchée, là sont les vaisseaux lymphatiques qui ont transporté le cancer et peuvent en garder quelque chose. »

Plus nous avançons, plus nous voyons que les ablations sont larges : « Le bord saillant du grand pectoral, lit-on dans Monod et Jayle (4) est souvent une gêne, il faut le contourner avec soin pour extirper tout le tissu cellulaire qui tapisse la face profonde du muscle à ce niveau ; au besoin on n'hésitera pas à le sectionner pour se donner du jour, quitte à le suturer ensuite. Cette section temporaire permet la dissection soignée du paquet vasculo-nerveux jusque sous la clavicule.... Si une des grosses veines de la région, voire la veine axillaire, est flanquée de ganglions difficiles à isoler on en pratique la résection. »

Nous admettons volontiers que cette résection est sans inconvénient grave, cependant, si on pouvait l'éviter, le procédé n'en serait que meilleur. Du reste,

(1) HEIDENHAIN. — (Traduit par Bernheim). — (*Arch. gén. de Méd.* 1889.)

(2) KIRMISSON. — *Bull. et mém. de la Soc. de Chir.* 1882, t., VII.

(3) RICHARD. — *Pratique journalière de la chirurgie* (1858).

(4) MONOD ET JAYLE. — *Loc. cit.*

ces deux auteurs sont assez larges dans leur curage. Un peu plus, ils conseilleraient la désarticulation de l'épaule faite par Esmarch où la résection de l'artère axillaire de Julliard, Watson Cheyne et Weil que, d'ailleurs ils citent.

Jusqu'à présent, on n'a semblé ne prêter d'attention qu'aux hémorragies immédiates ou même secondaires, mais les cas de cicatrisation de la plaie opératoire, voire même de survie assez longue, étant plus nombreux, on ne tarde pas à s'apercevoir que l'aisselle renferme d'autres éléments importants dont la blessure ou l'arrachement peut occasionner certains désordres nuisant au résultat cherché et c'est ainsi que, préoccupé des paralysies musculaires consécutives au curage de l'aisselle Küster (1) recommande le manuel opératoire suivant : Disséquer la peau en avant jusqu'au bord inférieur des deux pectoraux. En arrière, découvrir avec précaution le bord du grand dorsal ; le couteau ne doit pas l'entamer de peur de couper le nerf. Rechercher les vaisseaux scapulaires, les nerfs sont en dedans, les isoler ; rechercher le nerf du grand dorsal, le récliner ; alors seulement on emporte les ganglions de l'aisselle.

Nous voilà en présence d'une suite de temps précis qui indiquent bien au chirurgien ce qu'il a à faire, mais nous aurions désiré quelques détails sur la manière dont on doit emporter ces ganglions et le procédé aurait été véritablement très suffisant.

C'est ce que fait Valude (2) inspiré par Verneuil, on

(1) KUSTER. — *In Arch. du Langenbeck*, t., XXIX.

(2) VALUDE. — *Thèse de Paris* (1884-85).

peut résumer ainsi son procédé : Disséquer en avant au niveau du bord inférieur du grand pectoral, en arrière au niveau du bord antérieur du grand dorsal et enlever soigneusement et par une large dissection tout le tissu cellulaire et toute la masse des ganglions qui sont alors mis à nu et qui remplissent l'aisselle et la plaie opératoire. On enlèvera facilement les ganglions superficiels, en passant derrière eux, à l'aide de l'aiguille de Deschamps, des fils à ligature destinés à serrer les ramifications vasculaires appartenant aux vaisseaux mammaires externes, satellites ordinaires de ces ganglions. Quant à la masse profonde, il faut l'isoler par des ligatures en masse successives (quatre ou cinq ordinairement) en se dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière.

Ce qu'il y a de particulièrement juste dans tout ceci, c'est : 1° D'avoir reconnu que les vaisseaux mammaires externes donnent des branches nourricières aux ganglions axillaires, mais ils ne sont pas les seuls, il y en a deux autres, comme nous le verrons plus loin ; 2° D'avoir reconnu la facilité de l'isolement par des ligatures préventives des vaisseaux se rendant à la masse ganglionnaire profonde : ce sont deux points, sur lesquels nous ne saurions trop insister, ils rendent l'opération à peu près exsangue, plus rapide et beaucoup plus complète.

Thomas (1) décrit le procédé du professeur Paquet qui ne vaut pas le précédent et qui consiste à énucléer les ganglions avec le doigt aidé de la spatule mousse

(1) THOMAS. — *Thèse de Lille*, 1884-85.

et légèrement recourbée. Si les adhérences sont très puissantes le professeur Paquet fait une véritable dissection non avec le bistouri mais avec les ciseaux et fait remarquer que l'hémostase des capillaires nombreux de la région est plus facile, les ciseaux coupant les tissus en y produisant un véritable mâchonnement et non des sections aussi nettes que le bistouri.

Cependant le nombre des succès paraît ne pas répondre aux soins opératoires, d'un autre côté, la hardiesse des chirurgiens va jusqu'à la témérité et on arrive à des exagérations telles que la résection du poumon ou bien le procédé de M. Truc (1) qui permet de visiter l'aisselle à fond.

L'incision cutanée part en bas à deux centimètres en dedans de l'insertion humérale du grand pectoral et remonte jusqu'au milieu de la clavicule : là une autre incision horizontale est menée parallèlement à cet os et à un travers de doigt au-dessus, de là deux lambeaux qu'on recline en dedans et en dehors. La clavicule est sectionnée en son milieu ainsi que les muscles grand et petit pectoral. L'épaule est rejetée en arrière, de sorte que la région est complètement à découvert. Quant à l'extirpation des ganglions il n'y a aucun détail.

Winiwarter (2) est encore plus radical et parle de l'ablation proprement dite. D'abord l'incision cutanée est parfaitement conduite le long du bord inférieur du grand pectoral, l'aponévrose est également incisée et l'on cherche immédiatement les vaisseaux et les cor-

(1) H. TRUC. — *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Montpellier*, Fév. 1887.

(2) WINIWARTER. — *Loc. cit.*

dons nerveux qu'on met à nu pour les préserver d'une blessure accidentelle, « agissant alors avec le doigt, on détache des muscles tout le contenu du creux axillaire, ganglions lymphatiques, tissu conjonctif, tissu graisseux et on l'enlève en masse après avoir lié préalablement les vaisseaux qui doivent être sectionnés. La cavité axillaire paraît absolument vide à part les vaisseaux et les cordons nerveux axillaires. Il n'est pas rare de voir réséquer la veine axillaire sur une certaine étendue. »

Voilà le procédé qui donne les résultats dont nous avons parlé plus haut : bras appliqué au thorax, impotence fonctionnelle.

De tous ces procédés aucun ne mérite l'attention comme celui que Zuckerkandl (1) vient tout récemment de publier. Nous allons le donner en entier parce qu'il est très intéressant et contient des temps opératoires que nous conserverons mais dans un ordre un peu différent de celui de l'auteur.

L'incision faite, ainsi que l'ablation du sein à l'exception du pôle supérieur on cherche à curer l'aisselle sans séparer de la mamelle le paquet lymphatique intermédiaire. On incise l'aponévrose puis « avec des pinces on détache avec soin le tissu cellulo-graisseux du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle en commençant au niveau du grand pectoral : c'est surtout au niveau de la grosse veine axillaire la plus superficiellement située qu'il faudra soigneusement procéder à cette opération. Parfois il faudra sectionner entre deux ligatures des troncs arté-

(1) ZUCKERKANDL. — *Atlas manuel de Chirurgie opératoire*, 1899.

riels ou veineux allant du paquet glandulaire aux gros vaisseaux, il reste à sectionner au bistouri les adhérences qu'ils peuvent offrir avec les muscles sous-scapulaire et grand dorsal ; on pourra ainsi facilement enlever la glande mammaire, en même temps que tout le paquet graisseux et lymphatique de l'aisselle.

« Parfois il faudra lier l'artère et la veine sous-scapulaires, les vaisseaux circonflexes postérieurs et les thoraciques longs. »

Ainsi, nous voyons à deux reprises dans cet exposé la section entre deux ligatures des branches vasculaires se rendant des gros vaisseaux au paquet ganglionnaire. Il nous a semblé que ces ligatures avaient une importance considérable, et le procédé opératoire de M. le Dr Gangolphe qui commence par elles nous a paru posséder un premier temps d'une utilité incontestée.

En somme, nous voyons que les procédés anciens ne méritent pas la peine d'être discutés étant donné que leurs auteurs se proposaient seulement une extirpation beaucoup trop restreinte par ignorance des conséquences opératoires. Nous n'allons pas davantage suivre Tillaux et tous ceux qui prétendent qu'on ne doit pas ouvrir l'aisselle lorsqu'on ne sent pas de ganglions indurés, leurs idées ne concordant pas avec les nôtres ; nous sommes, en effet, partisan de l'extirpation aussi large que possible : les statistiques sont là pour nous engager à persévérer dans cette voie. Des pages nombreuses ont été écrites sur ce sujet, nous ne voulons pas y revenir ; d'ailleurs bien que l'indication de l'opération doive être en quelque sorte comme l'avant-propos de sa description, nous avons déjà dit que nous sorti-

rions de notre sujet, car ce que nous nous sommes proposé c'est d'ajouter un paragraphe plus à la clinique chirurgicale et à la médecine opératoire qu'à la pathologie externe.

Parmi les procédés employés en faveur de l'extirpation complète il faut faire un choix : il est difficile. D'abord parce que les uns dépassent le but, et que les autres, s'ils contiennent quelques temps opératoires qui nous ont pleinement satisfait, en supposent d'autres qui ne sont pas exempts de critique, ou bien après avoir bien commencé, laissent sans détail un ou plusieurs des temps suivants.

Nous allons faire d'abord l'étude anatomique du creux axillaire, ce n'est que lorsque la région nous sera bien connue que nous pourrons donner le procédé de M. le Dr Gangolphe et en faire remarquer la raison d'être et tous les avantages.

CHAPITRE III

Nous n'avons pas l'intention de décrire complètement le creux axillaire, la disposition des ganglions et leur vascularisation lymphatique et sanguine étant les seuls points qui nous intéressent, seront aussi les seuls à nous arrêter.

Si nous consultons nos auteurs classiques, nous voyons qu'il n'y a rien ou presque rien : Les ganglions se groupent autour des troncs artériels et veineux sur lesquels ils forment une sorte de chapelet, étendu du creux de l'aisselle à la partie moyenne de la clavicule. Voilà ce que nous disent Sappey et la généralité des auteurs. Pourtant Eug. Bœckel dans son article « Aisselle », du dictionnaire de Jaccoud, précise un peu, dit qu'il les a trouvés du côté interne des vaisseaux, et ajoute qu'un autre paquet de ganglions, venant de la mamelle, suit le trajet de l'artère thoracique longue. « Tous ces ganglions, dit-il, sont profonds, sous-aponévrotiques... » Il n'est pas fait mention de tout ceci dans la thèse de Thomas. C'est regrettable, car nous pouvons prévoir le rôle important des vaisseaux thoraciques longs dans la nutrition d'une partie des ganglions.

Tillaux prétend que les auteurs se trompent qui font suivre aux ganglions le trajet des vaisseaux. Il place les premiers en rapport avec la paroi interne du creux de l'aisselle et les seconds avec la paroi externe.

L'insuffisance de ces données ont amené M. Kirmisson (1) à entreprendre des recherches plus approfondies. Le 20 octobre 1882, il apporte à la Société anatomique une description nouvelle des lymphatiques de l'aisselle basée sur la direction de douze pièces.

Bien que tous soient sous-aponévrotiques, les ganglions axillaires peuvent être divisés en deux groupes, l'un superficiel, l'autre profond : le premier, semé le long des branches collatérales de l'artère et de la veine axillaire, le second au sommet du creux de l'aisselle, derrière le petit pectoral contigu aux gros vaisseaux. Le groupe superficiel se divise en deux séries : l'une antérieure, l'autre postérieure. Les ganglions de la série postérieure longent le bord antérieur du grand dorsal en suivant le trajet des vaisseaux et nerfs scapulaires inférieurs; ceux de la série antérieure sont cachés sous le bord inférieur du grand pectoral et courent le long des veines thoraciques longues. (C'est le paquet décrit par Eug. Boeckel.) C'est, d'ailleurs, le groupe le plus important, c'est celui qui se trouve le plus près de la mamelle, puisque les ganglions les plus antérieurs de ce groupe sont en contact réel avec elle ou plutôt son prolongement axillaire, et que tous ses lymphatiques afférents viennent uniquement de la glande mammaire. C'est aussi le premier pris.

(1) Kirmisson, *Bull. Soc. Anat.*, 1882, 4^e S., t. VII.

Nous voyons donc que deux groupes de vaisseaux : les scapulaires inférieurs et les mammaires externes ou thoraciques longs sont appelés à jouer un rôle important dans le curage de l'aisselle. Jusqu'à présent, ce rôle a été laissé dans l'ombre, et, si l'on songe que ces vaisseaux sont appelés à être liés et sectionnés pendant l'opération, on ne saurait trop chercher à relever exactement leur nombre, leur place et leurs rapports avec les organes voisins.



FIG. 1. — Demi-schématique montrant les artères scapulaire inférieure et mammaire externe.

C'est ce que nous avons recherché. Notre étude porte sur huit directions dont voici le résultat.

D'abord, si on examine l'aisselle en plaçant le bras dans l'abduction, de façon à ce qu'il forme un angle droit avec le tronc, on voit (fig. 1) le long du bord

antérieur du grand dorsal, l'artère scapulaire inférieure et le long du bord inférieur du grand pectoral, l'artère mammaire externe. Les deux vaisseaux assurent la nutrition, le premier du groupe de ganglions superficiel postérieur, le second du groupe superficiel antérieur. Ils sont très faciles à repérer dans l'aisselle à cause de leur rapport exact avec les deux muscles dont ils côtoient

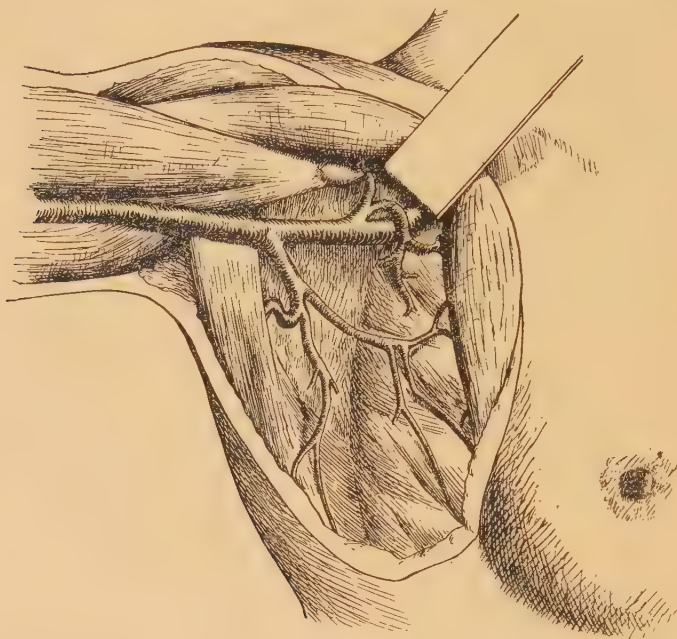


FIG. 2. — Le grand et le petit pectoral sont relevés : ce qui permet d'apercevoir l'acromio-thoracique. — L'artère mammaire externe vient de la scapulaire inférieure.

le bord. On voit qu'ils sont presque, au contact, au niveau de leur naissance et qu'ils divergent ensuite en descendant le long du thorax. Dans trois dissections, nous avons observé que les deux artères sont plus

que rapprochées au sommet de l'aisselle; dans deux cas, en effet, elles provenaient d'un tronc commun tout en étant sensiblement du même calibre, et, dans le troisième, c'était nettement, comme le représente la figure 2, l'artère thoracique longue qui provenait de la scapulaire inférieure. Cette disposition est assez fréquente pour qu'on y pense. Au cours du curage, si elle se présentait, on perdrait un temps toujours précieux à chercher le vaisseau manquant, ou bien on pourrait être frappé du volume du tronc commun aux deux artères et hésiter à le lier, croyant avoir affaire à l'axillaire elle-même.

Mais, est-ce tout? Nous n'avons vu, en effet, que les vaisseaux qui assurent la nutrition des groupes ganglionnaires superficiels. Le groupe ganglionnaire profond reçoit quelques branches collatérales des deux artères précitées à leur origine, mais est irrigué surtout par la branche interne de l'acromio-thoracique ou thoracique supérieure. Pour l'apercevoir, point n'est besoin de sectionner les muscles grand et petit pectoral, il suffit de les reclinier en haut, ce qui est assez facile (fig. 2), surtout lorsque le ligament suspenseur de l'aisselle a été sectionné le long de leur bord inférieur. Il n'est pas non plus indispensable de les reclinier bien fortement, le vaisseau artériel, en effet, dès son origine, se dirige entre les deux muscles, et c'est avant de s'enfoncer dans leur intervalle qu'il donne sa branche nourricière au groupe de ganglions juxta-vasculaire. C'est là, encore, un point de repère précieux pour tout praticien qui a ouvert une aisselle et cherché à s'orienter dans le paquet cellulo-adipeux qui cache tant d'organes importants.

Quant aux autres branches de l'axillaire, nous n'en parlerons pas pour deux raisons : 1° aucune, sauf les trois artères citées, ne se rend aux ganglions ; 2° à moins d'anomalie fort rare, aucune ne se trouve en rapport immédiat avec le paquet cellulo-graisseux péranglionnaire qui doit être enlevé. Quelquefois Zuckerkandl a dû lier la circonflexe postérieure coupée accidentellement, mais c'est rare, et nous pouvons dire que cet accident, s'il arrivait, serait une preuve qu'on a été trop profondément. Du reste, ce vaisseau n'est pas facile à apercevoir et c'est, nous ne craignons pas de le répéter, une anomalie fort rare qui lui permettrait de se présenter dans le champ opératoire donné par l'incision pourtant fort large de l'aisselle.

Nous avons encore à nous occuper des nerfs pour dire qu'ils nous inquiètent peu ; aussi ne nous retiendront-ils pas longtemps. Küster (1) avait besoin d'en connaître la place exacte parce qu'il faisait le curage en commençant par la partie postérieure du creux axillaire, pénétrait directement par la profondeur et aurait blessé les nerfs s'il ne les avait au préalable isolés et reclinés ; mais nous ferons remarquer que si les vaisseaux scapulaires inférieurs sont noyés dans la masse ganglionnaire, il n'en est plus de même des nerfs : ils se trouvent au dessous entre cette masse et le grand dorsal, de sorte que, les ganglions enlevés, ils se trouvent mis à nu simplement et en aucune façon lésés ni tirillés.

Les branches nerveuses qu'on arrache fatalement sont les anastomoses entre les nerfs intercostaux supérieurs

(1) Küster. — *Archives de Langenbeck*, t. XXIX.

et les précédents, mais, **outre qu'elles** ne sont pas nombreuses, **il n'existe** pas d'observation de troubles même passagers dans l'innervation de la région, consécutifs à leur suppression.

Maintenant nous avons exposé toutes les notions nécessaires pour que la description du procédé de M. le docteur Gangolphe soit comprise : nous allons enfin l'aborder.

CHAPITRE IV

La malade dans le décubitus dorsal, le bras est placé dans l'abduction et confié à un aide: l'épaule est soulevée par un coussin peu épais sur lequel elle porte à faux. Le chirurgien se place du côté du sein cancéreux et fait face à l'aisselle.

Le curage de l'aisselle est ici le premier temps de l'amputation du sein pour plusieurs raisons: d'abord pour que la plaie cutanée axillaire ne soit pas infectée par le bistouri et les mains du chirurgien, qui pourraient être souillées par les débris ou fragments du tissu cancéreux de la mamelle, ensuite dans le but d'enlever les ganglions et la glande mammaire en un seul bloc ce qui permet d'enlever le réseau lymphatique intermédiaire rempli de cellules cancéreuses sans le diviser. Certains chirurgiens commencent par le sein mais la masse est volumineuse et gêne quand on poursuit l'opération en remontant dans l'aisselle. Nous avons préféré commencer par les ganglions formant une masse moins grosse et qui par conséquent sont moins gênants lors de l'amputation au sein.

L'incision de la peau sera faite toute entière en un

seul temps (fig. 3) : c'est à peu près celle de Chalot (1) avec cette différence qu'on commencera par l'incision axillaire. Celle-ci débutera sur le bras dans le sillon qui marque la séparation entre le bord inférieur du tendon du grand pectoral et les muscles biceps et coracobrachial, à 3 centimètres environ du sommet du creux de l'aisselle. De là elle sera menée le long du bord inférieur du grand pectoral jnsqu'au point où le chirurgien jugera que doivent commencer les incisions

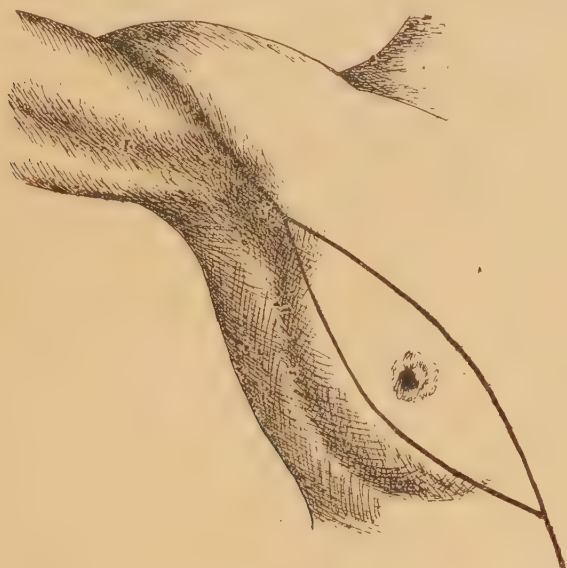


FIG 3. — Incision cutanée.

mammaires. L'une de ces incisions est faite sans que le couteau quitte la plaie (de préférence l'incision supérieure). Puis le chirurgien revient au point supérieur de jonction et fait la deuxième incision semi-elliptique, en

(1) CHALOT. — *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*. 1898

ayant soin qu'elle rejoigne la première sous une très faible incidence et à 3 centimètres de son extrémité ainsi que le représente la figure 3 — Cette disposition a l'avantage de fournir une cicatrice qui se terminera insensiblement sans faire un godet à la peau ainsi qu'on l'observe quand les incisions ont convergé l'une vers l'autre sans se dépasser.

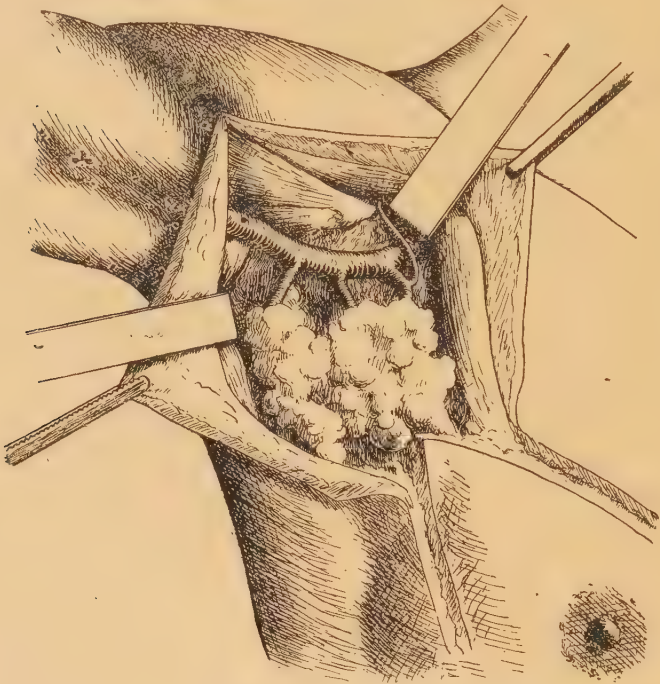


FIG. 4. — Les trois pédicules vasculaires sont mis à nu.

Le tissu cellulaire est incisé ainsi que l'aponévrose superficielle le long du bord inférieur du grand pectoral ; le muscle est récliné en haut et en dedans et maintenu par un aide ; on se trouve alors en présence du ligament suspenseur de l'aiselle ; il est incisé le long du bord infé-

rieur du petit pectoral, avec précaution pour ne pas blesser les vaisseaux sous-jacents. Le muscle va rejoindre le grand pectoral sous l'écarteur : l'aisselle est alors largement ouverte. Quelques coups de sonde cannelée donnés de gauche à droite dans la partie supérieure de la plaie mettent à nu le paquet vasculo-nerveux axillaire.

A ce moment un second écarteur est placé sur le grand dorsal et le chirurgien réclinant en bas le paquet graisseux et ganglionnaire avec les doigts de la main gauche dégage à petits coups de sonde l'origine des trois groupes vasculaires, scapulaire inférieur, mammaire externe et acromio-thoracique. Il a alors sous les yeux la disposition schématisée par la figure 4 où chaque vaisseau représente un pédicule formé en réalité par l'artère et les veines.

Chaque pédicule séparément est sectionné entre deux ligatures.

La masse ganglionnaire est alors saisie et attirée vers le sein tandis qu'avec le doigt ou la spatule mousse l'opérateur aide dans la profondeur à la séparation des tissus qui s'arrachent sous la traction. Il enlève ainsi les ganglions et le tissu cellulo-dipeux périganglionnaire. L'aisselle vide, il se trouve en présence du tissu conjonctif périmusculaire sain, nullement infiltré, et qu'il faut laisser, puisque son rôle, nous l'avons vu, a son importance dans le résultat fonctionnel ultérieur.

On passe alors au sein dont l'amputation se place ici et dont nous n'avons pas à parler. Quand elle est faite et après révision complète, on fait le drainage et la suture.

Certains auteurs ne drainent pas, nous ne saurions nous ranger à cet avis. D'autres drainent mais se servent de la plaie pour faire passer les drains. C'est un dispositif défectueux; il est simple, mais, outre que la présence du corps étranger aux deux extrémités de la plaie ulcère la peau et nuit à la cicatrisation, par première intention au moins, au niveau du premier et du

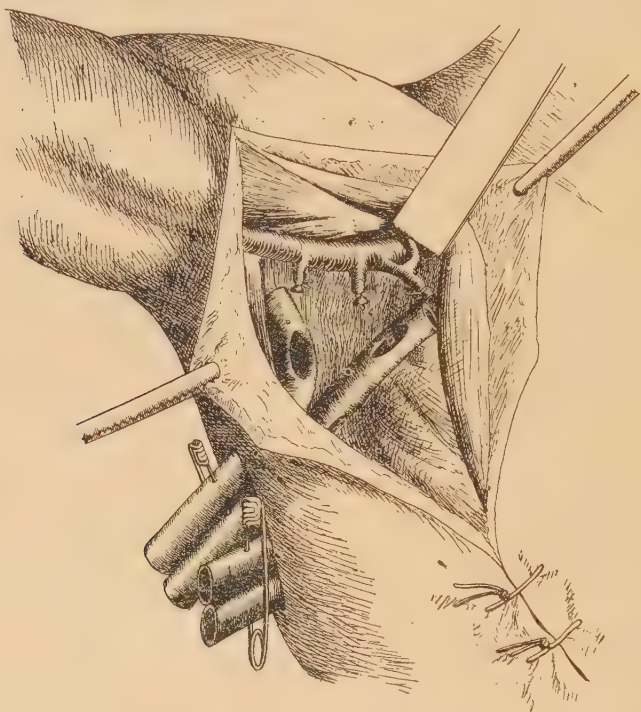


FIG. 5.— Les 3 vaisseaux sont liés et le sein enlevé. La plaie est en partie suturée, sauf celle de l'aisselle pour montrer la disposition des drains,

dernier point de suture, on constate très souvent au niveau des autres points la présence de trajets fistuleux souvent très longs à se cicatriser, et dans tous les cas fort désagréables. De plus, il faut remarquer que tout

drainage doit être fait au point le plus déclive ; or, dans cette façon de le pratiquer, évidemment le point déclive est bien le pôle inférieur de l'incision mammaire quand la malade est debout : mais, lorsqu'il lui est permis de se lever, c'est justement au moment où le drainage n'a plus une grande utilité. Dans les jours, au contraire, qui suivent l'opération, la malade étant au lit, le point déclive se trouve à la partie postérieure du creux de l'aisselle, car c'est le décubitus dorsal que sont obligées de garder les opérées. Alors on comprendra facilement que le meilleur drainage soit obtenu par une incision pratiquée dans l'aisselle sur le bord antérieur du grand dorsal, aussi postérieurement que possible et un peu bas comme le représente la figure 5. L'incision faite au bistouri de dedans en dehors, est agrandie avec le dilatateur gouttière de Tripier, et l'on y passe deux paires de drains gros comme le doigt. La première courte se dirigeant en haut dans l'aisselle ; autant que possible, l'un des drains doit assurer l'écoulement de la partie postérieure, l'autre celui de la partie antérieure. La seconde paire longue se courbe sous la peau pour se diriger en bas en dedans et en avant et est appliquée sur le thorax.

L'extrémité inférieure des drains ne sort pas de la plaie opératoire. La peau est suturée dans toute son étendue. Pansement à la gaze iodoformée.

CHAPITRE V

Nous allons maintenant donner le résultat du procédé sous la forme d'observations. Nous n'avons naturellement à donner que celles des malades du service auxquelles M. le professeur Gangolphe a fait le curage méthodique de l'aisselle.

Pendant quatre années consécutives (de 1895 à 1898 inclus) le nombre en a été de 26. Nous ne parlerons pas des opérés de 1899, car l'année n'est pas terminée ; puis les opérations sont encore trop récentes et n'ont pas la valeur que les précédentes peuvent avoir au point de vue de la récurrence.

OBSERVATION I (inédite)

Collection de M. le docteur GANGOLPHE (année 1895)

(Résumée)

Madame Séraphine B..., 49 ans. Cancer du sein gauche : quelques ganglions axillaires.

Le 10 mars 1895, on fait l'amputation de la mamelle et le curetage méthodique de l'aisselle.

La malade sort guérie et actuellement, *pas de récurrence après quatre ans*

OBSERVATION II (inédite)

(Résumée)

Madame Marie D... , 45 ans.

Néoplasme du sein droit peu apparent, mais douloureux ; on ne sent pas au toucher de ganglions axillaires.

Le 23 avril 1895, curetage méthodique de l'aisselle et amputation du sein.

La malade guérit et est *actuellement en bonne santé*.

OBSERVATION III (inédite)

(Résumée)

Marie R... , 43 ans. Antécédents arthritiques.

Epithélioma volumineux du sein droit ; pas de ganglions axillaires perceptibles au toucher.

Le 5 novembre 1895, amputation du sein et curage méthodique du creux axillaire.

La malade, sur le point de sortir, fait une récurrence sur les lèvres de la plaie dans un cratère formé par un point de suture ulcéré.

Le 4 janvier 1896, ablation large de la peau de la poitrine. Suture forcée.

Le 10 février, la malade sort guérie et depuis, pas de renseignements.

OBSERVATION IV (inédite)

(Résumée)

Stéphanie T... , 46 ans.

Squirre du sein droit histologiquement constaté ; adénopathie axillaire très sensible.

Opérée le 7 novembre 1895, curage méthodique, la malade sort guérie.

Depuis, *pas de récurrence*. La malade nous écrit tout récemment elle-même et se déclare très contente de son opération. Elle se sert de son bras aussi bien pour les travaux de force que pour les travaux de couture.

OBSERVATION V (inédite)

(Collection de M. le docteur GANGOLPHE (année 1896)

(Résumée)

Louise M. . . , 53 ans. Salle Saint-Paul n° 39.

Curage méthodique et amputation du sein gauche pour un cancer. Adénopathie axillaire peu marquée.

Opérée le 11 janvier 1896.

Nous n'avons pas pu avoir de renseignements récents.

OBSERVATION VI (inédite)

(Résumée)

Joséphine D. . . , 52 ans. Salle Saint-Paul, n° 53.

Néoplasme du sein à apparence kystique.

Les deux mamelles sont d'ailleurs très volumineuses ; le mamelon du côté droit est un peu rétracté. On sent suffisamment les ganglions de l'aisselle pour qu'on soit en droit de faire le curage méthodique. Il est pratiqué le 14 janvier 1896, en même temps que l'extirpation du sein cancéreux.

La malade sort guérie.

Pas de récurrence actuellement.

OBSERVATION VII (inédite)

(Résumée)

Monsieur Eugène E. . . , 50 ans.

Atteint d'un cancer du sein droit avec adénopathie axillaire bien appréciable.

Opération le 12 mai avec curage complet.

Sort guéri le 2 juin 1896.

Résultat actuel : Le malade exerce son métier de *galocher* sans avoir jamais rien ressenti *depuis plus de trois ans*. Nous avons pu constater, *de visu*, ces jours-ci, qu'il *n'y a aucune récurrence*.

OBSERVATION VIII (inédite)

(Résumée)

Apollinie, D. . . , 45 ans, habitant Moutiers-Salins. Salle Saint-Martin, n° 4.

Cancer dur et douloureux du sein gauche.

On fait l'amputation le 28 mai 1896 ainsi que le curetage.

Récurrence sur la cicatrice de la plaie opératoire. Opéré de nouveau, il fait une nouvelle récurrence locale. Mort.

Pas de récurrence ganglionnaire.

OBSERVATION IX (inédite)

(Résumée)

Marie C. . . . , de Givors. Salle Saint-Martin, n° 11. Arrive à l'hôpital pour récurrence de cancer du sein opéré sans curage axillaire.

Elle est opérée par M. Gangolphe le 7 août 1896.

Les ganglions de l'aisselle étaient très durs, toutefois, ils font l'effet de ne pas remonter bien haut.

Après l'intervention la malade, qui était très cachectique, met longtemps à guérir.

L'état était très satisfaisant quand, il y a quelques mois, nous eûmes l'occasion de la voir.

OBSERVATION X (inédite)

Collection de M. le Docteur GANGOLPHE (année 1897)

(Résumée)

Louise P..., de Rumilly, 50 ans. Salle Saint-Martin, n° 7. Opérée le 4 février d'un cancer du sein gauche.

Résultat très satisfaisant. La malade sort guérie.

Actuellement l'état se maintient : *pas de récédive*.

OBSERVATION XI (inédite)

(Résumée)

Annette B..., 55 ans. Squirre atrophique. Adénopathie axillaire.

Curage méthodique le 30 mars 1897.

La malade sort guérie.

Elle est *actuellement en bonne santé*.

OBSERVATION XII (inédite)

(Résumée)

Madame veuve H..., née C..., se présente dans le

service le 20 avril 1897. Elle est atteinte d'un cancer peu volumineux de la mamelle droite.

L'adénopathie axillaire est également peu perceptible.

Le 22, amputation et curage.

La malade est guérie.

Résultat actuel : La *guérison se maintient*, nous n'avons pas pu examiner bien à fond la malade mais elle semble être contente de son état.

OBSERVATION XIII (inédite)

(Résumée)

Marie V..., 36 ans, habitant Montélimar. Salle Saint-Martin n° 3.

Opérée, le 10 août 1897, d'un néoplasme mammaire sans adénopathie axillaire : on fait quand même le curage.

Bon résultat immédiat.

L'année suivante pas encore de récurrence. Mais à la fin de 1898 elle est morte des suites, dit la famille, de l'opération qui lui avait été faite à Lyon.

OBSERVATION XIV (inédite)

(Résumée)

Marie G..., 55 ans, de Crémieu (Isère). Salle Saint-Martin n° 5.

Est atteinte d'une récurrence d'un cancer du sein opéré deux mois auparavant, opération non suivie de toilette du creux de l'aisselle.

Le 10 septembre 1897, l'opération qui lui est faite se borne à un curage axillaire.

La malade sort guérie.

Depuis deux ans, pas de récurrence.

OBSERVATION XV (inédite)

Collection de M. le Dr Gangolphe (année 1898)

(Résumée)

Marie S..., 50 ans, de Montélimar.

Cancer du sein histologiquement constaté.

Adénopathie axillaire peu marquée.

Opération le 24 mars. Curage complet.

La malade sort guérie.

Les renseignements pris récemment nous ont appris que la malade est morte il y a quelques mois : nous n'avons pas pu savoir de quelle affection.

OBSERVATION XVI (inédite)

(Résumée)

Joséphine A..., 47 ans, de Tarare. Salle Saint-Martin n° 7. Déjà emputée d'un sein, arrive avec une récurrence ganglionnaire. On lui fait un curage méthodique. La malade sort guérie.

A la fin de juin 1898 (deux mois après) la malade revient avec une deuxième récurrence. Pour enlever tous les tissus suspects, on fait des délabrements étendus. L'aisselle est visitée, on ne voit rien de ce côté, preuve que le curage précédent a été suffisant.

La malade sort à peu près guérie.

Actuellement nous ne sommes pas en possession de renseignements suffisamment récents.

OBSERVATION XVII (inédite)

(Résumée)

Mathilde G..., 38 ans, d'Allex (Drôme). Salle Saint-Martin n° 22.

Cancer du sein, de nature épithéliale vérifiée par l'analyse histologique.

Amputation le 26 mai 1898 et curage méthodique de l'aisselle, où l'on sentait de gros ganglions indurés.

La malade sort guérie.

Pas de récédive à l'heure actuelle.

OBSERVATION XVIII (inédite)

(Résumée)

Marie G..., 45 ans. Salle Saint-Martin n° 13.

Opérée le 9 juin.

Dans la dénudation du pédicule de la masse ganglionnaire, on lia l'artère axillaire qui était de petit calibre relativement à la scapulaire inférieure. L'erreur fut reconnue, la section ne fut pas faite. Aucun accident ne vint compliquer les suites opératoires.

La malade guérit fort bien et est *actuellement en bonne santé.*

OBSERVATION XIX (inédite)

(Résumée)

M. Louis M..., 75 ans, menuisier à Bouvesse-Quentien. Salle Sainte-Marthe, n° 2.

Est porteur d'un cancer de la mamelle et possède dans l'aisselle une adénopathie marquée. Il entre dans le service le 23 juin 1898.

Le 24, amputation du sein et curage méthodique axillaire.

Le malade sort en bonne voie de guérison.

Pourtant, il succomba quelque temps après ; les renseignements que nous avons recueillis à grand'peine sur lui ne mentionnent pas de quelle affection il est mort.

OBSERVATION XX (inédite)

(Résumée)

Claudine B..., 65 ans, de Salonay-sur-Guye. Salle Saint-Martin, n° 4.

Cancer assez gros du sein gauche.

Ganglions auxillaires très volumineux.

Le 30 juin, amputation du sein et curage méthodique. Guérison.

Actuellement, *la malade est en bonne santé.*

OBSERVATION XXI (inédite)

(Résumée)

Geneviève, St-G..., 56 ans, de Riorge (Loire). Salle Saint-Martin, n° 6.

Opérée le même jour que la précédente, fut moins heureuse qu'elle. Atteinte d'un cancer très malin, à marche très rapide, elle fit une récurrence 20 jours après l'opération, c'est la seule récurrence ganglionnaire qu'il nous fut donné d'observer ; une particularité à remar-

quer c'est qu'elle se fit dans le creux sus-claviculaire et non dans l'aisselle ; ce qui prouve que cette dernière avait été totalement débarrassée des éléments cancéreux.

La malade, d'ailleurs, ne fut pas opérée une seconde fois et mourut peu de temps après.

OBSERVATION XXII (inédite)

(Résumée)

Antoinette D. . . , 65 ans. Salle Saint-Martin n° 14.

Opérée le 4 août 1898, guérit complètement. Elle fut revue l'année suivante à la même époque, en bonne santé. Comme elle habite Lyon, nous avons été prendre des renseignements à l'adresse qu'elle avait laissée ; elle y est inconnue.

Sur les vingt-six cas opérés, nous ne publions que les vingt-deux dont nous avons reçu des nouvelles récentes. Les résultats sont :

12 succès (pas encore de récurrence) ;

4 récurrences (3 locales, 1 ganglionnaire à distance) ;

6 résultats douteux (renseignements erronés ou peu récents) ;

4 résultats inconnus.

A toutes ces observations, nous en ajouterons une autre due à l'obligeance de M, le professeur Gangolphe, prise dans sa clientèle et que nous publions avec son autorisation.

Il s'agit d'une dame G. . . , qui avait 47 ans, quand, il y a 5 ans 1/2, elle se présenta avec un cancer du sein.

Comme l'histologie vérifiée de la tumeur confirmait le diagnostic l'opération est décidée. La malade possède un bon tempérament quoique de famille arthritique avec tendance eczémateuse. On fait l'amputation de la mamelle ainsi que le curage méthodique de l'aisselle et la malade guérit parfaitement.

Deux ans après, cette dame revient consulter pour une affection utérine, on lui a dit que c'était une métrite : en réalité c'est un cancer qui fut plus tard histologiquement constaté.

On fait l'hystérectomie totale par la voie vaginale.

Depuis l'opérée est en parfaite santé ; le néoplasme utérin était naturellement d'un type différent de celui du sein : mais l'observation montre que si la malade n'a pas fait de récurrence dans l'aisselle, c'est que le curage avait dû en être complet.

Des douze succès, quelques-uns peuvent être considérés comme des guérisons durables.

En effet, cette dernière observation montre un cas où il n'y a *pas de récurrence depuis cinq ans et demi*.

Les autres se répartissent ainsi :

3 obs.,	pas de récurrences depuis plus de 4 ans.
3 —	 3 —
4 —	 2 —
3 —	 1 an.

Ce n'est pas une statistique que nous avons l'intention d'établir, c'est le résultat de quelques années de pratique concernant des cas de cancer, tous cliniquement, et pour la plupart histologiquement constatés.

CONCLUSIONS

I. — Nous ne posons pas ici les indications du curage de l'aisselle dans le traitement chirurgical du cancer du sein par l'amputation large, nous nous contentons de les résumer et nous nous plaçons simplement sur le terrain opératoire clinique.

II. — Les procédés employés jusqu'à ce jour pour extirper les ganglions axillaires laissent tous à désirer :

a) Certains sont insuffisants : inutile d'insister sur leurs défauts ; c'est la récurrence à bref délai, sans compter les risques qu'ils font courir aux malades par le coup de fouet qu'ils donnent à la marche de l'affection.

b) D'autres sont trop larges : le résultat est une impotence fonctionnelle complète du bras due à la suture des tissus dans l'aisselle et à la rétraction cicatricielle.

III. — Il faut s'en tenir aux procédés mixtes qui enlèvent juste assez et ne dépassent pas la limite compatible avec un bon fonctionnement du membre supérieur.

IV. — Ce sont les conditions que se propose de

remplir le procédé opératoire de M. le professeur agrégé Gangolphe où le temps vraiment original est la pédiculisation de la masse ganglionnaire et la section préventive du pédicule entre deux ligatures. Il est, de plus, basé sur l'anatomie exacte de la région : c'est ce qui fait sa simplicité et son mérite.

V. — Les autres temps opératoires empruntés à différents auteurs sont un peu modifiés surtout dans leur succession méthodique seul moyen nécessaire et suffisant pour faire une opération pouvant donner le maximum de succès.

Vu :

Le Président de la Thèse,

OLLIER.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- DE HOUPEVILLE..... *Guérison du cancer du sein, 1693.*
VERDUC..... *Opérations de chirurgie, 1701.*
VACHER..... *Sur l'amputation de la mamelle, 1740*
SHARP..... *Opérations de chirurgie, 1741.*
LEDRAN..... *Traité des opérations de chirurgie, 1743.*
LECAT..... *Sur l'amputation du cancer des mamelles, 1753.*

LOUIS..... *Dictionnaire de chirurgie, 1772.*
DIONIS..... *Cours d'opération de chirurgie, 1777.*
CHOPART et DELSAUT. *Cours d'opérations de chirurgie, 1780.*
J.-L. PETIT..... *Maladies chirurgicales, 1790.*
RICHERAND..... *Nosographie chirurgicale, 1790.*
SAM COOPER..... *Dictionnaire de chirurgie pratique, 1826.*
BOYER (le baron)..... *Traité des maladies chirurgicales, t. VII, 1831.*

VELPEAU..... *Traité de médecine opératoire, 1839.*
RÉCAMIER..... *Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1835-1840.*
BEGIN..... *Cours de médecine opératoire, 1838.*
LISFRANC..... *Traité de médecine opératoire, 1845.*

- LEBERT *Traité pratique des maladies cancéreuses*, 1851.
- VELPEAU *Traité des tumeurs du sein*, 1854.
- VIDAL *Traité de pathologie externe et de Médecine opératoire*, 1855.
- BROCA *Traité des tumeurs*, 1866.
- VIRCHOW *Pathologie des tumeurs*, 1867.
- SEDILLOT *Contribution à la chirurgie*, 1868.
- RICHARD *Pratique journalière de la chirurgie*, 1868.
- SAPPEY *Traité d'anatomie descriptive*, t. I, 1876.
- LABBÉ et COGNES *Traité des tumeurs bénignes du sein*, 1876.
- GILETTE *Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris*, 1878.
- ESLANDER *Études sur les tumeurs malignes du sein (Ann. de gynéc., t. XIV et XV)*, 1881.
- KIRMISSON *Remarques sur l'ablation des tumeurs du sein (Bull. de la soc. de chir.)*, 1882.
- *Note sur la topographie des ganglions axillaires (Bull. soc. anat., t. VII)*, 1882.
- PEARCE GOULD *Du curage de l'aisselle dans les cancers du sein (Union médicale)*, 1882.
- CORNIL *(Art. cancer). Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XII, p. 148.

- KUSTER..... *Archives de Langenbeck*, t. XXIX,
p. 723.
— Congrès des chirurgiens allemands,
1883.
- VALUDE..... Thèse de Paris, 1884-1885.
- THOMAS Thèse de Lille, 1884-1885.
- KIRMISSON..... *Semaine médicale*, 1885, p. 128.
— *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. III et IV, 1884-1885.
- Eug. BŒCKEL *In Dictionnaire Jaccoud* (art. Aisselle).
- CORNIL *Bull. Soc. anat.*, 1886; 4^e S., t. XI,
p. 482.
- DERPRÈS Statistique de 1883-1886 (*Gaz. des
Hôp.*, 5 oct. 1886, p. 925).
- H. TRUC..... *Gaz. hebd. des Sc. de Montpellier*,
fév. 1887
- BUTLIN *On the operative surgery of malignant
diseases*, London, 1888.
- ALEXANDRE..... Thèse de Paris, 1886-1887.
- CAMAIL..... Thèse de Montpellier, 1886-1887.
- LABBÉ..... Récidive des tumeurs du sein (Con-
grès franç. de chir., 3 sess., 1888,
p. 277).
- PILLIET..... Carcinome du sein propagé à l'ais-
selle (*Bull. Soc. anat.*, 1888, 5^e S.,
t. II, p. 585).
- PLICQUE Thèse de Paris, 1888-1889.
- E. POTHERAT *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 14 fév.
1889, p. 103.
- HEIDENHAIN *Arch. gén. de méd.* 1889 (traduit par
Berheim).

- TILLAUX Tumeurs du sein (*Gaz. des hôp.*, 1890, n° 90, p. 830).
- O. TERRILLON *Bull. gén. de thérap. méd. et chir.*, 1891, t. CXX, p. 385.
- BRINDEJONG Thèse de Paris, 1891.
- DELBET in *Traité de chirurgie* (mamelles), Paris, 1892, t. VI, p. 274.
- CHARTIER Thèse de Paris, 1897-98.
- P. GOT Thèse de Paris, 1897-98.
- CHALOT *Traité de chirurgie et de médecine opératoire*, 1898.
- WINIWARTER (Traduit par Polis). *Traité de médecine opératoire*, 1898.
- ZUCKERKANDL (Traduit par Mouchet). *Atlas manuel de chirurgie opératoire*, 1899.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. Historique des opinions émises sur le curage de l'aisselle	9
CHAPITRE II Etude critique des procédés opératoires.....	14
CHAPITRE III Anatomie de la région	25
CHAPITRE IV Exposé du procédé employé par M. le professeur Gangolphe.....	32
CHAPITRE V..... Observations et résultats....	38
CONCLUSIONS.....	49
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	51
